Lane Medical Library

Missbildungen des Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 2. April 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

J. Augusto de Las Casas dos Santos

aus Brasilien,

Vol.-Arzt der Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. George Meyer, prakt. Arzt.
- Dr. med. Mario Salaghi.
- Max Küster, prakt. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/missbildungendes0000vari

Von Hrn. Dr. Hofmeier zu dieser Arbeit angeregt, habe ich die Fälle von Missbildungen des Uterus, welche vom Ende des Jahres 1879 bis zur jetzigen Zeit in der hiesigen Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik vorgekommen sind, gesammelt und in dieser Arbeit niedergelegt. Von derselben wird jedoch nur der erste Teil, welcher vom Mangel des Uterus und vom Uterus unicornis handelt, als Dissertation im Druck erscheinen; dagegen wird die ganze Arbeit in der nächsten Nummer der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie zum Abdruck gelangen.

Wie alle Missbildungen der Körper im grossen und ganzen überhaupt, wurden auch schon im Verlaufe der früheren Zeiten die Bildungshemmungen des Uterus mit dem gleichen Auge wie jene als rein zufällige Spiele der Natur angesehen. Allerdings kamen dieselben bei weitem später als die Missstaltungen der äusseren Genitalien zur Kenntnis weiterer Kreise und zwar aus dem Grunde, weil sie eine mehr verborgene Lage und eine relative Symptomlosigkeit besassen.

Trotz alledem aber war man, als man in unser Jahrhundert eintrat, ausgezeichnet gut über diese Bildungshemmungen orientiert, und es ist wohl ein grosser Irrtum, wenn man die Behauptung aufstellt, dass die Kenntnis davon vor dem Erscheinen jenes Buches von A. Kussmaul, welches so viel Aufsehen erregte, eine nur ganz unbedeutende gewesen sei. Denn wenn man die Sache weiter verfolgt, so findet man z. B., dass schon in dem Lehrbuche der Frauenkrankheiten von Fr. L. Meissner (1842) die einzelnen Arten der Missstaltungen

ziemlich genau auseinandergehalten sind und dass auch schon die Art und Weise, wie man sie wohl erkennen kann, angegeben ist. In ähnlicher Weise trifft man auch in dem grossen Werke von W. H. Busch „über das Geschlechtsleben des Weibes“ (Band III, 1841), welches zu gleicher Zeit wie jenes Buch erschien, eine Schilderung der einzelnen Formen, welche, vom klinischen Standpunkte aus gehalten, den Anforderungen, die man an sie stellt, in ziemlich ausreichender Weise genügt. Doch auch die pathologischen Anatomen hatten sich bereits Verdienste um die Erkennung dieser Missbildungen erworben. So gab schon Rokitansky eine genaue Darstellung der einzelnen Formen; in gleicher Weise hatte auch bereits Förster dieselben in einer Weise klassifiziert, die zu allgemeiner Befriedigung gereichte. Allerdings war bei diesen beiden die Einteilung vom morphologischen Standpunkte aus erfolgt, eine Sache, welche eben bei ihnen, die ja doch Anatomen waren, als nicht auffallend erscheinen kann. Freilich war eine Deutung der Bildungsfehler vom genetischen Standpunkte aus und ebenso eine Einteilung derselben, welche darauf basierte — besonders gerade bei den früheren Autoren — wohl kaum möglich, da ja doch erst durch die Forschungen, welche Joh. Müller darüber anstellte (1830), die Entwicklungsgeschichte des Gebärorgans festgestellt wurde und dadurch erst die Möglichkeit gegeben worden ist, eine richtige Erklärung der fraglichen Fehler aufzustellen.

Doch erst A. Kussmaul war es vorbehalten durch die eifrige Sammlung und kritische Sichtung, welche er in der zerstreuten Kasuistik anstellte, in seinem Werke, welches unter dem Titel „Von dem Mangel, der Verkrümmung und der Verdoppelung der Gebärmutter“ 1859 erschienen ist, zum ersten Mal nicht allein eine Darstellung der Lehre von den Missbildungen des Uterus

zu geben, welche ganz vorzüglich und vollständig erschöpfend war, sondern sie auch durch die Ätiologie derselben auf Hemmungen, die in den einzelnen Phasen der Entwicklung vorkommen, zurückzuführen und eine dem entsprechende Einteilung aufzustellen; auch die Abänderung der physiologischen Funktionen der Genitalien, welche infolge der Missbildungen eintraten, fanden von seiner Seite aus in gehöriger Weise die ihr gebührende Würdigung. Seit dieser Zeit ist die Litteratur über diesen Abschnitt der Gynäkologie stark angeschwollen; haben sich doch eine ganze Reihe von Gelehrten mit berühmtem Namen, unter denen ich besonders L. Fürst, v. Holst und Le Fort anführen will, lebhaft mit diesem Gegenstande beschäftigt; und manche Fortschritte sowohl in anatomischer als auch in physiologischer und klinischer Beziehung sind durch dieselben zu verzeichnen; allein alles das, was man errungen hat, erscheint doch nur als ein Weiterbauen auf der Grundlage, welche von A. Kussmaul geschaffen worden ist.

Damit man nun die Entstehung der einzelnen Formen der Bildungshemmungen der Gebärmutter besser verstehe, ist von L. Fürst die Entwicklungszeit des Uterus in fünf Perioden zerlegt worden.

Die erste Periode von der Befruchtung bis zur achten Woche des Fruchtlebens, umfasst den primitiven Zustand jener Gebilde, sowie den Beginn der geschlechtlichen Differenzierung durch die Veränderungen der Geschlechtsdrüsen und durch die beginnende Verkümmerung der Wolff'schen Körper beim Weibchen, der Müller'schen Gänge beim männlichen Individuum. Zugleich ist für den Schluss dieser Periode charakteristisch, dass der Schwund des Septums, welches die im Genitalstrange neben einander liegenden Müller'schen Gänge trennt, noch nicht begonnen hat. Die am hinteren Leibesende befindliche, einfache Kloake, in welche Darm

und Urachus (Allantois) münden, ist noch einfach; doch entstehen vor derselben bereits in der sechsten Woche der Geschlechtshöcker, die zwei seitlichen Geschlechtsfalten und am Ende der achten Woche die Geschlechtsfurche an der unteren Seite des Geschlechtshöckers. Die Theile sind aber noch geschlechtlich indifferent.

Die zweite Periode reicht von der achten bis zur zwölften Woche des Fruchtlebens und markiert sich dadurch, dass am Ende der zwölften Woche das Septum ganz geschwunden ist. Zugleich stieg die Verschmelzungsstelle der Müller'schen Gänge höher hinauf, so dass der Winkel, welchen die Hörner des Uterus bilden, höher zu liegen kommt und stumpfer wird. Uterushorn und Tube sind deutlich durch die Incertion des Ligamentum uterinum rotundum geschieden, und auch bereits von verschiedener Gestalt. Auch ist zu bemerken, dass in der zweiten Hälfte dieser Periode die Kloake sich durch die erste Anlage des Septums in Afteröffnung und Sinus uro-genitalis trennt.

Die dritte Periode dauert von der zwölften bis zur zwanzigsten Woche und ist in ihrem Abschluss dadurch bezeichnet, dass die winklige Einbuchtung am Fundus völlig verschwunden und dasselbe äusserlich plan ist. Die Uterushörner sind verschwunden und die Tubarenden nur noch stark angezogen. Im Uterus hat sich der Arbor vitae gebildet, während die Scheide noch glatt ist. Das Orificium externum hat sich ausgebildet. Der Damm ist grösser geworden. Der Sinus uro-genitalis ist, während die Vagina wuchs, in seinem Wachstum zurückgeblieben, so dass die Harnblase jetzt in den Genitalkanal zu münden scheint, anstatt dass letzterer früher das Nebensächliche schien. Der Sinus uro-genitalis ist zum Vestibulum vaginae geworden; der Geschlechtshöcker hat sich durch Verkümmerung zur Clitoris, die Geschlechtsfalten sind zu den Labia majora, die inneren Ränder

der Geschlechtsfurche durch Vergrösserung zu den Labia minora umgewandelt. Zugleich hat der Damm wesentlich zugenommen. Das Hymen ist entstanden.

In der vierten Periode, welche sich von der zwanzigsten Woche bis zum Schlusse des Fötallebens erstreckt, sind allerdings die Veränderungen weniger augenfällig, aber doch immerhin vorhanden. Die Scheide beginnt sich zu falten, und die Scheidenteile, wie der Körper des Uterus, haben eine stark gefaltete Schleimhaut. Charakteristisch ist für diese Periode die vom Halsteil nach dem Fundus uteri fortschreitende grössere Auswölbung, in deren Folge die dreizipflige Gestalt des Uterus in eine walzenförmige und schliesslich birnenförmig abgerundete übergeht.

Als fünfte Periode könnte man noch die Zeit von der Geburt bis zur Pubertät bezeichnen, bis zu der die Wand des Uterus und Grundes gradatim an Dicke zunimmt, und während welcher bis zum sechsten Jahre die Schleimhaut des Körpers glatter wird, bis schliesslich noch eine Längsfalte zurückbleibt.

Vollständiger Mangel und ganz rudimentäre Bildung des Uterus.

Wie der Titel schon anzeigt, werden wir hier diejenigen Formen betrachten, zwischen welchen sich eine differenzielle Diagnose während des Lebens nicht genau stellen lässt. Wenn wir nun als Mangel der Gebärmutter das Fehlen jeglicher Andeutung derselben in der Beckenhöhle ansehen wollen, so möchte das wohl sehr selten vorkommen. Es ist diese Ausnahme zu verschiedenen Malen nachgewiesen worden bei hochgradiger Missstaltung des ganzen Körpers, bei verschiedenen Arten von Missbildung wie Acephalie, Bildungsfehler des Herzens, bei defekten Bildungen der unteren Rumpf-

hälften, alles Fälle, bei welchen es feststeht, dass eine Lebensfähigkeit hierbei ausgeschlossen ist. Bei lebensfähigen oder erwachsenen Individuen jedoch ist stets, wenn auch nur in spärlichem Maasse, ein Rudiment vorhanden. Die Erkenntnis des vollständigen Uterusdefekts ist an der Lebenden kaum möglich, denn man dürfte wohl kaum imstande sein, so zarte Rudimente zu fühlen, und selbst ganz bedeutende Anatomen haben sich bei der Sektion durch Täuschungen beirren lassen.

v. Langenbeck (Neue Bibliothek f. Chirurgie IV. H. 3) behauptet an einem Kinde mit Spina bifida hätten die Vulvae die Schamspalte gänzlich verschlossen und Uterus mit Trompeten und Eierstöcken gefehlt; zwischen Blase und Mastdarm hätten sich die Plicae semilunares Douglasii befunden und zwischen diesen habe man die Scheidenklappen gesehen (!?); die grossen Schamlefzen wären regelmässig gebildet gewesen. Kussmaul, welcher später das Präparat sorgfältig untersuchte, fand, dass dieser Fall keineswegs als Mangel der Gebärmutter bezeichnet werden durfte, da ein deutliches Gebärmutterrudiment und Eierstöcke vorhanden waren.

Rudimente des zweiteiligen Uterus wurden schon für die Tuben gehalten, da man die Grenzmarke dieser beiden Abschnitte des Genitalkanals, nämlich den Ansatz des Ligamentum rotundum nicht beachtete, oder denselben nicht vorfand. Dies begegnete einmal Kiwisch, der den ausgehöhlten rudimentären Uterus für die Scheide hielt.

Dieser glaubte einen Fall von vollständigem Mangel der Gebärmutter bei einer 81 Jahre alten Witwe beobachtet zu haben. Dagegen hätte die Mutterscheide aus zwei getrennten Teilen bestanden, einem unteren, einen Zoll langen und oben blind endenden, und einem oberen, einen halben Zoll über dem unteren zugespitzt anfangenden, allmählich sich erweiternd, in die Beckenhöhle aufsteigenden, drei Zoll langen, von vorn nach hinten platt

gedrückten und durchgehends häutigen, welcher gleichfalls, indem er sich nach rechts umbog und zusammenzog, blind endete. Kiwisch behauptet in diesem Falle, wo sich keine Spur einer Uterussubstanz habe erkennen lassen, hätte der obere Teil der Scheide einigermaassen die Uterusform imitiert, da er sich nach oben etwas erweitert und nach rechts hornförmig umgebogen, auch sei er an der übrigens grossenteils glatten Innenfläche in seinem mittleren Teile zu beiden Seiten mit einer regelmässigen Reihe Grübchen und kurzen Querbändchen versehen gewesen, die den Drüsen und Querfalten des Halsteils der Gebärmutter einigermaassen entsprochen hätten. — Kiwisch scheint den Beweis für seine Behauptung nicht genügend geführt zu haben; ich vermuthe dagegen, die sogenannte obere Scheide sei ein häutiges Gebärmutter-Rudiment gewesen. Dafür sprechen die Gebärmutterform, die Beschaffenheit der Innenfläche des mittleren Teils, die Abplattung von vorn nach hinten, während die untere Scheidenhälfte von einer Seite zur anderen komprimiert war, der hohe Stand in der Beckenhöhle, die Lagerung der breiten Mutterbänder, welche zu dem oberen Ende der angeblichen Scheide traten und von denen das linke, entsprechend der Umbiegung dieser Scheide nach rechts, länger war als das rechte, endlich der Umstand, dass die zwei Gefässbündel, welche die runden Mutterbänder substituierten, zum oberen Ende der sogenannten Vagina verliefen.

Der letzte Punkt scheint mir gerade zu schlagend, da eine Insertion der runden Mutterbänder an der Scheide den Gesetzen der Entwicklungsgeschichte ganz widerspricht. Ob sie nun ganz oder unvollständig ausgebildet werden, es ist unglaublich, dass sie, die immer zu den Winkeln oder Hörnern der Gebärmutter verlaufen, in dieser sich kreuzen, an der Vagina sich einpflanzen sollten; fehlt je die Gebärmutter, so müssen sie sich in

dem Zellgewebe hinter der Blase, welches die Gebärmutter ersetzt, verlieren.

Kiwisch's Fall scheint mir deshalb höchst wahrscheinlich nicht hierher, sondern in das Kapitel von der rudimentären Gebärmutterbildung zu gehören. — (Kussmaul.)

Der Fall von Steglehner beweist vortrefflich, wie schwierig es bei der Untersuchung zweifelhafter Fälle sein kann, welchen Zustand der inneren Geschlechtsteile man vor sich habe und insbesondere, ob man wirklich von Mangel der Gebärmutter vom Weibe sprechen darf.

Eine sehr vornehme, schlanke und anmutige Jungfrau von dreiundzwanzig Jahren, hatte eine schwach behaarte, aber bis auf die etwas kleinen Nymphen und Clitoris wohl entwickelte Vulva und eine sehr enge Scheide. Sie starb an Lungentuberkulose. Die Mutter verlangte die Sektion. Steglehner war erstaunt, keine Gebärmutter, keine Eileiter, keine Eierstöcke zu finden.

Schon schien die Litteratur um einen Fall von „Virgo sine utero" reicher, und Steglehner wollte sich bei dieser Diagnose um so mehr beruhigen, als die Weiblichkeit dieser jungen „Dame" teils durch die Gegenwart einer Vulva, teils durch Molimina des Monatsflusses, welche sie in ziemlich regelmässiger Wiederkehr empfunden haben sollte, ausser Zweifel gesetzt zu sein schien. Aber unversehens sah er in der linken Seite etwas einem Ductus deferens ähnliches zum Canalis inguinalis hinziehen; er untersuchte genauer und fand in den Weichen versteckt — Hoden und Nebenhoden! Das Individuum war Hermaphrodit . . („Viventi erat vox baritona, rauca quandoque et ad virilem accedens; protuberabat solito magis in collo larynx; ad pectus haesere mammae perpulchrae, sororiantes areolae et papillae normales. Thorax, hypochondria, abdomen, coxendices et genitalia externa foeminam perfectam designavere. — Structura didymidum aeque ac illa epididymidum fuit regularis.")

Auch in dem Falle von Busch scheint es, dass er mit Hermaphroditenbildung zu thun gehabt hat. — Ein Mädchen von 18 Jahren, mit vorwaltender Entwicklung von Knochen- und Muskelsystem und unentwickelten Brüsten bei weiblicher Form des Körpers, hatte seit einiger Zeit Beschwerden, welche man auf die noch nicht erschienene Reinigung zurückführte. Innere und äussere Schamlefzen waren normal, aber die Scheide fehlte. Ein Arzt versuchte unter Beihilfe von Busch (ohne dass man eine genauere innere Untersuchung vorgenommen hätte) einen künstlichen Weg zu der versteckten Gebärmutter zu bahnen. Der Tod erfolgte sieben Tage nach der Operation. Busch begnügt sich mit der kurzen Angabe, dass Fruchthälter, Scheide, Trompeten und Eierstöcke gänzlich gefehlt hätten, die Stelle des Scheideneingangs aber mit einer beinahe zolldicken Wand verschlossen gewesen sei, die, „soviel man jetzt noch davon erkennen konnte", aus Muskelfasern und Zellgewebe bestanden habe.

Die Entstehung dieser Missbildung fällt in die erste Zeit der Entwicklung des Uterus: entweder ist es gar nicht zur Bildung der Müller'schen Gänge gekommen, oder dieselben wurden, kaum angelegt, bereits wieder gänzlich vernichtet.

Die ganze Beschreibung des früher viel citierten Falles, den der Cremoneser Anatom Realdus Columbus (de re anatomica. Libri XV. Parisiis apud Andream Wechelum 1872. 8. p. 495) der Nachwelt aufbewahrt hat, besteht in folgenden dürftigen Worten: „Vulva rara. — Foemina erat, cuius vulva ab aliarum foeminarum vulvis nihil peculiare et diversum habebat: et matricis colli portio prominebat vel matricis collo simile. Matrix autem nulla aderat in abdomine, neque vasa seminaria, neque testes. Et quoties cum viro coibat (coibat autem saepe), mirandum in modum conquere-

batur.“ — Diese Darstellung lässt, wie Kussmaul hervorhob, vermuten, dass die Gebärmutter nur unvollständig entwickelt und namentlich ein Rudiment des Halses vorhanden gewesen sei.

Der gleichfalls früher vielfach angeführte Fall von Seron[1]) ist kaum genauer, als der von Columbus beschriebene. „Virginem juvenem . . . imperforatam, pallidis coloribus aliisque mensium suppressorum symptomatibus languidam et fere exanimem, immotis mensibus ter restituimus: quam dein maligna febre extinctam, secante peritissimo Chirurgo Colignon, aperire desideravimus. Nullum vaginae repertum est vestigium: situs uteri solummodo tendinea potius quam carnea et irregulari membrana adumbrabatur.“

Der charakteristischste Fall der älteren Litteratur scheint mir doch der von Guain, der Pathological Society in London vorgelegtes Präparat; die Untersuchung des Präparats wurde jedoch, wie es scheint, nicht mit der wünschenswertesten Sorgfalt vorgenommen.

Letzteres stammte von einer 33 jährigen anämischen Person mit weiblichen Formen, welche ziemlich regelmässig alle Monate, zumal in den letzten zwei Jahren, an Blutungen aus der Nase gelitten hatte. Sie würde einen Mann, dem sie geneigt war, geehelicht haben, wenn nicht äussere Umstände dazwischen getreten wären. Zur gewöhnlichen Zeit hatte sie die der Pubertät eigenen normalen Veränderungen erlebt; ihre Brüste waren wohl entwickelt; das Becken hatte weibliche Durchmesser. Die schwach gefaltete Scheide bildete einen Blindsack, der nur das letzte Glied des Zeigefingers aufnehmen konnte. Der hervorragendste Punkt in derselben war die Mündung der Harnröhre. Trotz

[1]) Seron, Quaestio med., an suppresso et immoderato catameniorum fluxu aperientia etc., 1743. — Haller, Collect. Diss. anat. T. V. p. 227.

sorgfältiger Untersuchung konnte keine Spur der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Eileiter aufgefunden werden; das Bauchfell ging unmittelbar von der Harnblase zum Mastdarm über, wenn man nicht eine halbmondförmige Falte am blinden Ende der Scheide für ein Rudiment des Os uteri ansehen wollte. Die Entfernung vom Ostium urethrae zum Ende des Blindsacks betrug einen Zoll. An die Eierstöcke erinnerte höchstens ein kleiner, anscheinend drüsenartiger Körper, der aber in der linken Wand der Vagina sass. — Die äusseren Geschlechtsteile boten nichts Abweichendes dar.

Als Beispiele der neueren Litteratur mögen folgende dienen: Knight, Willemin, Holst, Saexinger, Bellina, Caro, Coën, Burton, Cunningham (Sektion), Cameron, Daniel, Eiler, Eder, Depaul, Engelmann, Ellis, Frissel, Fergusson, von Geyzel, Guice, Winckel, Hulke, Hyernaux, Lyman, Kiralyfi, Maples, Perkins, Pozzi, Polaillon, Puech, Rendu, Reid, Rheinstädter, Riddell, Shepard, Stevens, Valerani, Temmlji. Die Zahl der Fälle ist so gross, durch die Sektion sind so wenige bestätigt, dass die Diagnose bei vielen sicher zweifelhaft ist. Dasselbe gilt natürlich auch von unseren Fällen.

Frau B., 26 Jahr alt, seit 7 Jahren steril verheiratet, nie menstruiert, hat öfters über Kreuzschmerzen geklagt.

Status: Mons Veneris reichlich behaart, mammae normal gebildet, Vulva gut entwickelt, Hymen ist vorhanden, steht etwas hinter dem Introitus, die Scheide ist vollkommen verschlossen. Vom Uterus und Adnexa ist durch die combinierte Untersuchung per rectum und abdomen nichts zu fühlen. Patientin wird in Narkose untersucht, auch dann war, trotz sorgfältiger Untersuchung vom Uterus und Adnexa nichts zu fühlen.

Das Rudiment des Uterus kann sich in sehr verschiedener Weise verhalten. Beim höchsten Grade, der

dem vollkommenen Defekt des Uterus sich nähert und vielfach auch hierfür ausgegeben wird, kann die Gebärmutter nur in einer Verdickung der hinteren Blasenwand angedeutet sein, oder die selbst mangelhaft entwickelten Ligamenta lata sind stellenweise durch faserige Massen verdickt. Diese ziemlich platte Verdickung ist ohne deutliche Begrenzung und weist die Elemente der Uteruswände, Bindegewebe und glatte Muskulatur auf.

In anderen Fällen zeigt das Rudiment schon eine gewisse Form und Begrenzung; es hat die Gestalt eines in die Quere gezogenen, glatten Bandes, welches seitlich nach aufwärts in die Tuben, nach abwärts sich in die Ligamenta rotunda fortsetzt.

Die Faserzüge finden sich aber auch in der Form eines T, sogenannter Uterus bipartitus, bei dem der untere Schenkel des Cervix, die seitlichen die unvereinigt gebliebenen Uterushörner darstellen. In diesen Hörnern finden sich nicht selten kleine, mit Schleimhaut ausgekleidete Höhlungen.

Diese Bildungshemmung kommt ebenfalls, wie der totale Mangel des Uterus, bei lebensunfähigen Missgeburten vor; allein wird sie jedoch und zwar bedeutend häufiger als der totale Uterusdefekt, bei erwachsenen, gesunden Individuen beobachtet. Was die Bildungshemmung betrifft, so datiert sie sicher aus der ersten Periode der Entwicklung des Uterus, aus einer Zeit, wo bereits die beiden Hälften dieses Organs angelegt waren, aber noch nicht zur vollkommenen Verschmelzung gekommen sind.

Fall 1. Fräulein H., 18 Jahr alt, ist noch nie menstruiert. Molimina ad menstruationem alle 4 Wochen seit einem Jahr, Blutandrang nach dem Kopfe, dabei öfters Epistaxis.

Status praesens: Kräftig gebaute, durchaus weiblich aussehende Person von mittlerer Grösse. Äussere Geni-

talien normal. Hymen perforiert, Scheide 2 cm lang, nach oben geschlossen.

Innere Untersuchung in der Chloroformnarkose. Per rectum fühlt man einen queren Strang, von rechts nach links gehend und im kleinen Becken ausgespannt, welcher in der Mitte eine kleine Vertiefung zeigt; in der Querfalte sind besondere Verdickungen nicht zu fühlen. Linkes Ovarium gar nicht zu fühlen, rechts wird nur, weit nach hinten liegend, ein breiter, flacher Körper, etwa von der Grösse eines Ovariums, gefunden.

Fall 2. Frau S., 33 Jahre alt, hat noch nie menstruiert, seit 11 Jahren ist sie verheiratet. Seit drei Wochen hat sie Schmerzen, welche in den Fusssohlen beginnen und nach oben in die rechte Seite ziehen.

Status praesens: Äussere Genitalien sind normal, mammae sind gut entwickelt. Das Hymen ist stark eingerissen. Die Scheide, $2^1/_2$ cm lang, endet blindförmig.

Per rectum fühlt man in der Mittellinie einen kleinen, ca. Haselnuss grossen, sehr beweglichen festen Körper, von welchem nach rechts eine Falte sich nach der rechten Beckenwand erstreckt. Rechts vorn ist nichts zu fühlen, nach links herüber geht ein sehr derber, etwa wie der kleine Finger dicker Strang bis zum Beckenrand; dort fühlt man einen sehr beweglichen, bohnengrossen, harten Körper.

Fall 3. Fräulein A., 24 Jahr alt, ist auch noch nie menstruiert, hat keine Beschwerden, sie ist eine kräftig gebaute, weiblich aussehende Person; die äusseren Genitalien sind vollständig normal entwickelt, das Hymen ist sehr gut ausgebildet, die Vagina dagegen fehlt absolut; in der Fossa navicularis befindet sich eine ca. $1^1/_2$ cm lange Vertiefung mit etwas ulceriertem Hintergrunde.

Untersuchung per rectum. Von Uterus und Vagina ist durchaus nichts zu fühlen. Dagegen findet man die

quer durch das Becken gehende, wahrscheinlich nachgiebige, elastische Bauchfellduplicatur. Links ist das Ovarium sehr schlecht entwickelt, rechts allerdings etwas vollständiger, aber nicht ganz von normaler Grösse.

Fall 4. Fräulein H., 27 Jahr alt, ist gleichfalls noch niemals menstruiert, hat keine Beschwerden.

Status praesens: Äussere Genitalien und Mons Veneris sind sehr schlecht entwickelt, die Scheide ist normal, die Portio ist nicht zu fühlen, nur ein leichter Recessus in einem Scheidengewölbe.

Bei der Untersuchung per rectum fühlt man in der Mitte, wo normaler Weise der Uterus sein sollte, nur eine kleine Verdickung; von dort nach beiden Seiten gehen mässig starke Falten aus. Das Becken ist sehr eng, von Ovarien ist nichts zu fühlen.

Fall 5. Fräulein Z., 22 Jahr alt, noch niemals menstruiert, klagt seit etwa zwei Jahren über Schmerzen im Leib in gewissen Intervallen; diese Schmerzen sind im ganzen mässig.

Untersuchung in Narkose: Die äusseren Genitalien sind sehr gut gebildet; die Urethralöffnung ist sehr weit; das Hymen ist gut gebildet, dasselbe liegt zum Teil als abhebbare Membran dem übrigen Teil auf. Die Scheide fehlt vollständig.

Bei der Untersuchung per rectum fühlt man eine straffe Falte sich quer im kleinen Becken spannen. In der Mitte derselben befindet sich eine leichte Verdickung. Das linke Ovarium liegt hinten und links, es ist von normaler Grösse und Beweglichkeit, ebenso verhält sich das rechte Ovarium, nur ist es etwas vergrössert.

Fall 6. Fräulein H., 18 Jahre alt, noch nie menstruiert. Seit etwa einem Jahre hat Patientin periodisch in monatlichen Zwischenräumen starke Kreuz- und Leibschmerzen. In letzter Zeit sollen diese Schmerzen mit besonderer Heftigkeit aufgetreten sein.

Untersuchung in Narkose: Äussere Geschlechtsteile sind sehr gut entwickelt, die Brüste sind voll; vom Hymen sind nur unregelmässige Karunkeln vorhanden. Die Scheide ist ca. 2 cm lang, nach oben ist dieselbe geschlossen.

Per rectum fühlt man einen Strang, welcher quer durch das kleine Becken verläuft; in demselben sind besondere Verdickungen nicht zu fühlen; die Ovarien sind undeutlich, links gar nicht zu fühlen, rechts fühlt man sehr weit nach hinten einen Körper, welcher als Ovarium gelten könnte.

Fall 7. Fräulein S., 27 Jahre alt, noch nie menstruiert. Seit etwa einem halben Jahre hat sie ziehende Schmerzen im Unterleib.

Untersuchung in Narkose: Die äusseren Genitalien sind vollkommen normal ausgebildet. Die Harnröhre ist kolossal erweitert, die Wand scheint vorgefallen zu sein. Die Scheide, etwa 3 cm lang, mündet blindsackförmig, und ganz undeutlich lässt sich am Ende derselben ein linsengrosser Knüttel fühlen. Quer durch das Becken geht eine Falte, in welcher gar keine Verdickungen fühlbar sind.

Fall 8. Fräulein N., 18 Jahre alt, noch niemals menstruiert. Alle vier Wochen hat sie starke Schmerzen im Unterleib.

Untersuchung in Narkose: Pubes sind gut entwickelt und behaart; Clitoris ist von normaler Grösse. Nymphen sind lang ausgezogen und stark pigmentiert. Orif. ext. ureth. ist etwas weiter als gewöhnlich. Scheide fehlt vollkommen, statt dessen sind zwei kleine Blindsäckchen vorhanden, die von je einem Hymen begrenzt sind. Untere Commissur und Fossa navicularis sind gut entwickelt.

Per rectum fühlt man deutlich die querverlaufende Bauchfalte; links am Beckenrand ist ein kleines beweg-

liches Körperchen zu fühlen, rechts findet sich, etwas extramedian gelegen, ein grösserer Körper, von dessen oberem rechten Teil ein gewundener Strang ausgeht, an dessen Ende sich ein ähnliches Körperchen wie links befindet.

Fall 9. Frau S., 33 Jahre alt, noch niemals menstruiert. War $2^1/_4$ Jahr glücklich verheiratet. Seit drei Jahren ist sie Wittwe. Sie will vor zehn Jahren nach dem ersten Coitus eine intensive Blutung bekommen haben, die erst nach längerer Zeit stand. Patientin will drei- bis viermal wöchentlich regelmässig das Gefühl von Fülle und Anschwellung im Unterleib haben, zugleich Kongestionen zum Kopf.

Der Coitus ist während der Ehe nicht häufig ausgeübt worden; sie hatte dabei keine Befriedigung und gar keine Aufregung; Patientin will sich jetzt von neuem verloben; der Bräutigam aber ist mit ihr nicht zufrieden; deshalb sucht Patientin die Klinik auf.

Untersuchung in Narkose: Mons Veneris ist nur sehr schwach ausgebildet, die kleinen Labien à la Hottentottenschürze, hängend und schlaff. Die Scheide bildet nur ein Rudiment; dasselbe lässt sich einstülpen; vom Rectum aus fühlt man einen nur schwach angedeuteten Strang, welcher nach unten zieht, in der Mittellinie; eine sehr ausgesprochene und fast mit dem Finger ungreifbare Falte setzt sich daran, nach rechts hin verläuft sie etwas breiter zu einem kleinen, wallnussgrossen, elastischen, beweglichen Tumor, auf den sie sich umschlägt, nach links ebenfalls etwas breiter werdend zu einem härteren, bohnengrossen, etwas länglichen Tumor, der sich nicht so frei verschieben lässt; der Strang scheint links bis an die Beckenwand heranzugehen. Die Harnröhrenmündung ist sehr weit, die ganze Harnröhre so weit, dass der Finger ohne weiteres bis in die Blase eindringt.

Fall 10. Frau G., 27 Jahre alt, noch niemals menstruiert. Nie Molimina menses. Seit 5 Jahren steril verheiratet. Cohabitation kann nur unvollkommen ausgeführt werden. Klagt, dass ihr Mann mit ihr unzufrieden ist, weil sie keine Kinder bekommt u. s. w.

Status praesens: Gracil gebaute, etwas schlecht genährte Frau.

Äussere Genitalien vollkommen normal und wohl gebaut. Beim Versuche zu touchieren fühlt der Finger statt der Vagina einen kurzen, vielleicht $1^1/_2$ cm langen Blindsack: das gedehnte aus Schleimhaut bestehende Septum. Die Urethra ist nicht dilatiert.

Per rectum fühlt man mehrere Centimeter oberhalb des Blindsacks in der Medianlinie einen kleinen rundlichen, erbsengrossen Tumor (Uterus), von welchem aus nach rechts und links ein federkieldicker Strang abgeht, ausserdem dünne Stränge nach unten (Lig. rot.?). Rechts fühlt man nahe am Beckenrande ein völlig normales, weiches Ovarium.

Links ebenfalls ist das Ovarium normal. Zwischen dem Rudiment des Uterus und dem Ovarium fühlt man noch eine kleine Hervorragung, wie eine grosse Hydatide. Bei genauerer Untersuchung stellt sich heraus, dass unterhalb der Urethralöffnung sich eine schmale Schleimhautduplikatur findet, welche dem Hymen entspricht. Dieselbe wird incidirt, mit dem Finger dann das Gewebe zwischen Blase und Mastdarm eine Strecke weit mit ziemlicher Mühe durchtrennt. Dabei erscheint die Muscularis des Darmes. Nun wird das untere Stück Schleimhaut seitlich noch etwas freipräpariert und mit fortlaufendem Catgutfäden auf die Darmmuscularis aufgenäht. Nun wird der künstlich hergestellte Blindsack mit Jodoform ganz fest ausgestopft und dann auch der vordere Schleimhautlappen nach oben hin und fortlaufend mit Catgutnaht vernäht.

8 Tage p. O. Entfernung der Tampons. Schleimhautlappen gut angeheilt. Kanal nicht sehr eng geworden. Stumpfe Erweiterung mit dem Finger und wieder feste Tamponade.

Bei der Entlassung war die künstliche Scheide etwa $1^1/_2$ Zoll tief und bequem durchgängig. Der Blindsack war vollständig mit Schleimhaut ausgekleidet.

In praktischer Beziehung besitzen alle diese Fälle keine wesentliche Verschiedenheit unter einander. Was die Beschaffenheit der inneren Genitalien anbetrifft, so verhalten sich beide ungefähr in gleicher Weise. Es können die Tuben ganz fehlen oder von rudimentärer Beschaffenheit sein und bilden dann solide Stränge. Die Eierstöcke sind in der Regel vorhanden entweder in verkümmertem oder in vollständig gut entwickeltem Zustande, so dass Ovulation stattfinden kann. Die Vagina ist das Organ, welches fast ohne Ausnahme in Mitleidenschaft gezogen wird: sie fehlt manchmal gänzlich, in anderen Fällen dagegen ist dieselbe nur als ein kurzer Blindsack erhalten. Die äusseren Genitalien können vollständig entwickelt und auch mit gut entwickelten Pubes geschmückt sein, oder einige Mal auch mehr oder weniger verkümmert.

Die Menstruation fehlt ausnahmslos, auch Molimina menstrualia sind in der Regel nicht vorhanden.

Der Mangel oder die rudimentäre Entwickelung des Uterus bedingt keineswegs immer Viragines; der Körper entwickelt sich in regelrechter Weise und nimmt den weiblichen Habitus an; der Knochenbau ist von zierlicher Beschaffenheit, Rundung und Fülle der Gliedmaassen, ebenso sind auch Physiognomie und Stimme weiblich. Auch das psychische Verhalten hat ganz den weiblichen Charakter, und die Brüste findet man sogar bei vollständigem Mangel der Eierstöcke sehr gut entwickelt.

Wie aus unseren Fällen sich ergiebt, trifft man derartige Frauen durchaus nicht selten verheiratet oder dem illegitimen Geschlechtsgenuss ergeben. Da die Scheide gewöhnlich in hohem Grade an dem Defekte der inneren Genitalien beteiligt ist und deshalb ein Kanal zur Aufnahme des männlichen Gliedes nicht vorhanden ist, so wird durch die Bemühungen des Ehemannes oder Liebhabers, welche in energischer Weise fortgesetzt werden, das Scheidenrudiment so vertieft, dass es wenigstens zur teilweisen Aufnahme des Penis geeignet erscheint, oder die Harnröhre wird allmählich so erweitert, dass die Cohabitation auf diese Weise stattfinden kann. Zu bemerken ist nun, dass die Harnröhre bei diesem Bildungsfehler auch unabhängig von der Cohabitation gewöhnlich weit zu sein pflegt. Schröder meinte, dass vielleicht der Teil der Allantois, welcher für gewöhnlich zwar zur Harnröhre sich verengt, abnorm weit bleibt, wenn die Entwickelung der Scheide ausbleibt.

Die Diagnose dieser Bildungsfehler wird durch die genaue Vornahme der kombinierten Untersuchung gestellt. Da die Untersuchung von der Scheide aus nur ausnahmsweise in genügendem Grade möglich ist, so muss man sie per rectum vornehmen. Bei nur einiger Übung und bei Anwendung des Druckes auf die vordere Bauchwand oberhalb der Symphyse kann man durch die vordere Rectalwand hindurch sehr gut die Form und Lagerverhältnisse des Uterus ermitteln. Der kombinierten Untersuchung steht die zuerst von Engel (Diss. de utero deficiente. Regiom. 1781) und noch heute von vielen Autoren empfohlene Einführung eines Katheters in die Blase und das Gegendrücken der Teile vom Rectum aus als weit unsicherer im Resultat durchaus nach. Schröder war mit Recht sehr gegen diese Untersuchungsmethode; denn in dem günstigsten Falle, wobei infolge der Cohabitation (oder nach Simon'scher Methode)

erweiterter Harnröhre der Finger sich in die Blase einführen lässt und wo man so die kombinierte Untersuchung per rectum und per vesicam ausführen kann, wird in der Regel weniger gefühlt, als von den Bauchdecken aus, da der in der Blase liegende Finger nicht hoch genug reicht. Von einer Behandlung der Anomalie kann natürlicherweise bei allen diesen Fällen nicht die Rede sein; doch kommt bei Fällen, bei denen starke dysmenorrhoische Beschwerden da sind, die Exstirpation der Ovarien durch die Laparotomie in Frage.

Taufer hat bei einer 25jährigen Frau, welche mit einem rudimentären Uterus und einer Scheidenatresie behaftet war, deren Ovarien jedoch normal funktionierten, wegen der auf das äusserste gesteigerten Übelstände, die mit der Ovulation zusammenhingen, diese Operation ausgeführt. Es trat dauernde Heilung ein. — Über ähnliche Fälle wird von Langenbeck, Peaslee, Savage und Kleinwächter berichtet. Auch noch schwerere Eingriffe, wie die Exstirpation der rudimentären Uterushälfte, können notwendig werden, wie dieses aus dem Falle von Leopold hervorgeht.

Bei einer 28jährigen verheirateten Frau, welche niemals menstruiert war, jedoch über heftige Menstrualbeschwerden und sonstige nervöse Erscheinungen zu klagen hatte, wurde eine Atresie der Scheide und Defekt des Uterus vorgefunden. Ausserdem fand man in der linken Inguinalgegend einen ungefähr halbhühnereigrossen Tumor, welchen man für ein in einer Hernie eingelagertes Ovarium hielt. Wegen der hochgradigen Beschwerden und wegen des tiefen Ergriffenseins des Allgemeinbefindens entschloss man sich zur Abtragung des vermeintlichen Ovariums. Aber nach Spaltung des Bruchsackes ergab sich, dass der Tumor das linke rudimentäre, eine kleine Höhle enthaltende Uterushorn war, welches sich im breiten Mutterbande verlor, während von

der Spitze des Tumors eine Tube ausging, die zu einem wohlgebildeten Ovarium führte. Uterushorn und Ovarium wurden abgetragen. Es trat vollständige Heilung ein.

Über das Resultat der künstlichen Vagina, deren Vornahme ich in Fall IX erwähnt habe, kann ich leider keine Nachricht geben, da die Patientin tief in Russland hinein wohnt und ich deswegen mit ihr nicht in Verbindung treten konnte.

Interessant ist es nun, zu vernehmen — wenn es auch sehr komisch klingen mag — dass der Mangel des Uterus nicht selten erblich ist, d. h. dass er in ein und derselben Familie sich auffallend häufig wiederholt.

Schröder citierte aus der Litteratur folgende Fälle: Squarey (Lond. Obst. Tr. Vol. XIV p. 212) erzählt von drei Schwestern von 26, 18 und 16 Jahren, die alle drei keinen Uterus hatten. Die Mutter dieser drei Schwestern hatte eine Schwester, die nie menstruiert war, und drei sterile Tanten. Auch Philipps teilt bei dieser Gelegenheit einen Fall von zwei Schwestern ohne Uterus mit. Hauff (Würtembergisches Corresp.-Bl. 1873, 43. 5, s. Schmidt's Jahrbücher 1873 Bd. 158, S. 140) machte die Sektion einer 51 jährigen Person von weiblicher Bildung des Körpers, der Uterus, Tuben und Ovarien vollkommen fehlten. Die äusseren Genitalien verhielten sich wie bei einem Kind von 10 Jahren, nur die Clitoris (sie hatte onaniert) war gut entwickelt, der Scheideneingang verschlossen. Zwei Schwestern dieser Person haben jede eine grosse und schön gebaute Tochter von 28 und 23 Jahren, deren Genitalien ebenso gebildet sind und denen beiden geschlechtliche Gefühle abgehen.

Uterus unicornis.

Der Uterus unicornis geht ohne Zweifel nur aus einem Müllerschen Gange hervor, der zweite Gang kann

nun entweder gar nicht zur Anlage gekommen sein oder die bereits gebildete Anlage wurde in ihrer Entwicklung frühzeitig gehemmt.

Der einhörnige Uterus stellte einen länglichen, walzenförmigen, nach oben ziemlich spitz zulaufenden und über die Seite gekrümmten Körper dar; derselbe ist im Verhältnis zur Länge ziemlich schmal. Aus der Spitze entspringt eine Tube, ein Ligamentum ovarii mit einem Eierstocke und ein Ligamentum rotundum. Der Körper des einhörnigen Uterus besitzt im jungfräulichen Zustande eine geringere Masse als die eines gewöhnlichen Uterus betragen würde; der Hals ist länger und dicker als der Körper. Der Scheidenteil ist in der Regel klein; die jungfräuliche Scheide des einhörnigen Uterus ist ziemlich enge. Fehlt das Horn der anderen Seite vollständig, so fehlen auch die unteren Anhänge dieser Seite oder sie sind nur in ganz verkümmerter Gestalt angedeutet. Einigemal ist derselbe auch mangelhaft entwickelt, von einem soliden, bandartigen Muskelstreifen bis zu einem Hohlorgan, welches mit dem gut entwickelten Horn kommunizieren kann. Sehr interessant ist der von Puech beschriebene Fall. In demselben stand der rechte Eierstock; Eileiter und das rechte runde Mutterband, angeblich ganz ausser Zusammenhang mit der Gebärmutter, lagen in der rechten Lumbalgegend und erhielten ihre Arterien von der Aorta, während ihre Vene in die Vena cava inferior mündete. Der einhörnige Uterus bedingt durchaus keine Beeinträchtigung der geschlechtlichen Funktionen. Die Geschlechtsreife tritt zur gehörigen Zeit ein, die Menstruation ist regelmässig und kann anstandslos Konzeption sowohl in dem normal entwickelten als auch in dem rudimentären Horn, wenn dasselbe hohl ist, erfolgen. Im ersten Falle verläuft auch die Schwangerschaft normal; sogar Zwillinge können in der Gebärmutterhöhle beherbergt werden. Ausnahms-

weise können gefährliche Ereignisse bei der Geburt am normalen Termin eintreten, da die Hypertrophie der Muscularis manchmal für die starke Dehnung durch das Ei ungenügend ist. Zu der Verdünnung kommt ein Verdrängen der Muskulatur durch die erweiterten Gefässe des Placentarsitzes; dadurch nimmt die Widerstandsfähigkeit der Wandungen ab und es kann unter Einwirkung der Wehen eine Ruptur eintreten. (P. Müller.) Das ereignet sich in dem Falle von Moldenhauer. Bei einer 29jährigen Erstgebärenden erfolgte die Geburt spontan am Ende des 9. Monats; der Foetus war macceriert; von der Placenta konnte nur ein Stück entfernt werden. Tod nach vier Tagen unter peritonitischen Erscheinungen. Bei der Sektion zeigte sich der Uterus schmal, von schlanker Gestalt, mit geringer Neigung nach der linken Seite; oberhalb des inneren Muttermundes wird die Muskulatur sehr dünn, die Höhle des Uterus bildet einen faustgrossen, schlaffen Sack, der mit einer fünfgroschenstückgrossen Öffnung in die Abdominalhöhle durchgebrochen war. In der Uterushöhle befanden sich noch Teile der Placenta. — Die linke Tube und das entsprechende Ovarium war normal, das rechte Ovarium sowie ein solides Rudiment des rechten Hornes befanden sich in der Tiefe des kleinen Beckens.

Im zweiten Falle, also wenn die Gravidität in dem verkümmerten Horne zustande kommt, so wird meist eine Berstung desselben mit Austritt der Frucht und innerer Verblutung der Gravida die Folge sein, ein Ausgang, der von Virchow, Luschka und Rosenburger konstatiert worden ist. Solche Fälle können mit Tubargravidität in vita leicht verwechselt werden, da die Feststellung der Gestalt der nicht geschwängerten Hälfte neben einem Tumor recht schwierig ist; man muss also auf die Beschaffenheit der Decidua aus der nicht graviden Partie achten und sehen, ob sie etwa der Gestalt

eines Uterus unicornis entspricht, also ob sie spindelförmig, nicht aber im oberen Ende breiter ist und ob dieselbe zwei oder drei Öffnungen hat. Selbst bei der Sektion kann noch eine Verwechselung vorkommen, wenn nicht genau auf die Stelle geachtet wird, an welcher sich das Ligamentum rotundum ansetzt. Die Litteratur weist nur drei Fälle auf, wo das Ei bis zum normalen Ende der Schwangerschaft getragen wurde.

Fall von W. Turner: Eine 38jährige Frau befand sich am normalen Ende der Schwangerschaft. Die Wehen waren heftig; Fötalpuls und Kindesbewegungen waren deutlich. Vagina und Vaginalportion einfach; der Uterus erwies sich als leer, während der einem am Ende der Schwangerschaft befindlichen Uterus entsprechende Tumor links lag. — Nach drei Tagen hörten die Wehen auf; die Frau starb ein halbes Jahr später an Phthisis. Bei der Sektion zeigte sich, dass mit der Vagina nur ein stark nach rechts gekrümmtes Horn zusammenhing. Vom Cervicalteil ging nach links ein Ligament ab, welches durchaus solid war, aus gefässreichen Muskelfasern bestand und in die dem Schwangerschaftsende entsprechend ausgedehnte Höhle des in grösster Peripherie 63,5 cm betragenden linken Hornes überging, worin sich auch der betreffende Foetus befand. Tuben und Ovarien waren normal.

Fall von M. Salin. Bei einer 22jährigen Erstgeschwängerten trat die Geburt nicht zu der gewöhnlichen Zeit ein; die Kindsbewegungen erloschen. Das nächste Halbjahr verlief unter Blutungen und wehenartigen Schmerzen. Die Ausdehnung des Uterus nahm ab, dagegen nahm das Fieber und die Abmagerung zu, sodass man sich veranlasst sah, die Laparotomie auszuführen. Die Diagnose war unsicher. Der den Foetus beherbergende Tumor war beweglich und ging mit einem breiten Stiel in den supravaginalen Teil des Cervix über. Nach

Eröffnung der Bauchhöhle fand man Adhärenzen und eine Perforationsöffnung in dem Sacke. Die letzteren wurden dilatiert, der Foetus extrahiert, der Uterus vor die Bauchwand gezogen, am Stiel unterbunden und abgetragen. Die Blutung aus dem Stiel, welcher mit der nachweisbaren vorderen normalen Hälfte des Uterus zusammenhing, war beträchtlich, ward jedoch bald durch Catgutligaturen gestillt. — Die Patientin genas.

Die Existenz eines Stiels, welcher mit der anderen Hälfte des Uterus in Verbindung stand, die solide Beschaffenheit derselben, die Beweglichkeit des Sackes sprachen entschieden für eine Gravidität im rudimentären Horn, welche durch Überwanderung des Spermas zustande kam.

Fall von Litzmann. Bei diesem Falle wurde die Diagnose auf Retention einer faulenden Frucht in dem Uterus gestellt. Wegen des zunehmenden jauchigen Ausflusses und der Verschlechterung des Allgemeinbefindens wurde die Entfernung des Foetus und der Eiteile durch die Laparotomie beschlossen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde der Uterus aus derselben herausgewälzt, und das untere Segment desselben zusammengeschnürt und dann der Sack, an dem sich eine Perforationsöffnung befand, abgetragen. Die Frau starb zwei Tage später. Die Untersuchung des Sackes und die Antopsie ergaben, dass der ausgetragene Foetus von einem Horne eines Uterus bicornis beherbergt wurde, dessen beide Höhlen nicht mit einander kommunicierten.

Die Ruptur des Sackes ist nicht absolut immer tödlich; der in der Bauchhöhle ausgetretene Foetus kann abgekapselt werden, als Beispiel hierfür führen wir den von Chiari beschriebenen Fall an. — Bei der Sektion einer 60jährigen Frau fand man einen Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Auf der hinteren Fläche des Letzteren fand man eine strahlige Narbe und im Dou-

glas'schen Raume lag der geschrumpfte Körper einer 4monatlichen Frucht, deren Knochen mit dickem, faserigem Gewebe überzogen waren, worin viel Kalkblättchen und braunes Pigment sich eingebettet fanden.

Sehr selten sind die Fälle, wo keine Ruptur eintritt; es kann dann der Sack mit dem Foetus alle die Veränderungen durchmachen, welche wir von der Extrauterinschwangerschaft her kennen: sofortige oder später eintretende Entzündung und Vereiterung des Fruchtsacks mit ihren Folgen und die verschiedenen Metamorphosen des Foetus.

Sehr interessant ist der hierher gehörige Fall von Pfeffiger und Fritze. Die Frucht starb im fünften Monate ab, trocknete ein, der Fruchtsack verschmolz mit den Eihüllen und wurde narbig und teilweise verkalkt. Erst nach mehr als dreissig Jahren verjauchte der Inhalt, vielleicht, wie Kussmaul meint, weil die bei der fortschreitenden Verschrumpfung der Frucht immer schärfer hervorragenden Skeletstücke schliesslich in Entzündung und Eiterung versetzten.

Wir wissen nicht, wie häufig das rudimentäre Horn an der Menstruation Teil nimmt. Im ganzen scheint dies nicht sehr häufig vorzukommen, wie die Fälle beweisen, wo das Horn gegen die entwickelte Hälfte zu abgeschlossen ist. Hier muss sich, bei Beteiligung der Schleimhaut, notwendigerweise eine Hämatometra bilden. Die Zahl der beobachteten Fälle der Art beschränkt sich nur auf einige wenige, wie sie von Frankenhäuser und Hegar beobachtet worden sind. Bei mangelnder Menstruation kann eine Hydrometra eintreten; ja auch bei regelrechter Menstruation aus der offenen Uterushälfte kann die rudimentäre von Schleimmassen ausgedehnt werden. Ohne nachweisbare Ursache, ja unter geringen Allgemeinerscheinungen können sich derartige Rudimente zu Pyometra umwandeln.

Die Diagnose des Uterus unicornis dürfte im nicht graviden Zustand nicht so leicht sein. Man kann dieselbe stellen, wenn man bei enger Scheide und kleiner Vaginalportion durch eine genaue kombinierte Untersuchung nachweisen kann, dass der dünne nach oben spitz zugehende Uterus sich im Bogen ungewöhnlich stark nach einer Seite umbiegt. Fühlt man an der anderen Seite einen Strang oder einen rundlichen Körper sich ansetzen, so muss man diesen als das rudimentäre andere Horn ansprechen.

Fall 1. Fräulein E., 19 Jahr alt, seit ihrem 17. Jahre regelmässig menstruiert, zuletzt vor einer Woche, nie geboren, noch abortiert.

Status praesens: Hymen intakt, aber gedehnt, Portio lang, Muttermund kaum fühlbar. Die Sonde dringt nach rechts $5^1/_2$ cm ein, lässt sich nicht nach links einführen. Links fühlt man einen federkieldicken Strang abgehen, an dessen Ende kleine rundliche Körper zu fühlen sind. Rechte Anhänge nicht deutlich zu fühlen.

Wir haben ausserdem noch drei andere Fälle gehabt, welche sich wie die obigen verhielten. Sie betrafen lauter junge Mädchen, die noch nicht geboren hatten. Zwei davon mit Amenorrhoe verbunden.

Wenn die Diagnose des Uterus unicornis nicht schon vorher festgestellt war, so ist ziemlich schwer die Gravidität der verkümmerten Hälfte zu erkennen. Aus den objektiven und subjektiven Symptomen, sowie aus der Vergrösserung des eigentlichen Uterus wird man wohl den Eintritt der Schwangerschaft erkennen, aus dem ausserhalb des Uterus liegenden stetig vergrössernden Tumor eine Gravidität am unrichtigen Orte diagnosticieren können; aber es ist fast unmöglich, zu sagen, ob das Ei in der Tube oder im rudimentären Horn sitzt, da man das entscheidende Ligamentum rotundum nicht mit Sicherheit durchfühlen kann.

THESEN.

I.

Bei künstlicher Frühgeburt verdient die Krausesche Methode den Vorzug.

II.

Ob die Exstirpation von Lungenteilen oder ganzer Lungenlappen in der Absicht, parenchymatöse Processe dadurch zur Heilung zu bringen, rationellen Boden in der Chirurgie je finden wird, muss die Zukunft lehren.

III.

Bei Komplikation von Schwangerschaft mit Ovarialtumor ist es besser während der Gravidität einzuschreiten, als die Geburt abzuwarten.

Lebenslauf.

Ich, Joaquim Augusto de Las Casas dos Santos, wurde in der Stadt Campinas in der Provinz St. Paulo (Brasilien) am 31. Dezember 1862 geboren. Mein Vater, Gutsbesitzer daselbst, starb, als ich das dritte Lebensjahr erreichte. Vom Januar 1868 an besuchte ich das Gymnasium in meiner Vaterstadt, welches ich im April 1878 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im Mai desselben Jahres kam ich nach Deutschland, wo ich in Bonn unter Leitung des Prof. Andresen noch weitere zwei Jahre meine Kenntnisse der deutschen Sprache und Litteratur vervollständigte, bis ich mich am Anfange des Wintersemesters 1880 an der dortigen Universität immatrikulieren liess. Dort in Bonn studierte ich drei Semester; mein viertes Semester brachte ich in Lüttich (Belgien) zu. Familienverhältnisse zwangen mich sodann, meine Heimat wieder aufzusuchen, woselbst ich bis zum Februar 1884 verweilte. Hierauf nach Deutschland zurückgekehrt, studierte ich zwei Semester in Halle und ein Semester in Leipzig. Im Wintersemester 1885 kam ich nach Berlin, woselbst ich am 2. Juni 1886 das Examen rigorosum bestand.

Meine akademischen Lehrer in dieser Zeit waren:

Birch-Hirschfeld, Clausius, Credé, Gerhardt, Hackermann, Kekulé, La Valette, Olshausen, Schröder †, Strasburg, Thiersch, v. Volkmann, Wagner, Weber.

Allen diesen Herren sage ich meinen besten Dank.

Hrn. Dr. Hofmeier gegenüber fühle ich mich verpflichtet, da er mir stets mit Rat und That in zuvorkommendster Weise zur Seite gestanden hat, meinen ganz besonderen Dank abzustatten.